

FAX 03-3453-9647

一般社団法人日本労働安全衛生コンサルタント会 殿

令和元年度

リスクアセスメント・労働安全研修会・労働衛生研修会 受講申込書

参加される研修会・会場・参加料に○をつけてください。

研 修 会 名	会 場	参 加 料	
リスクアセスメント研修	東京 8月2日(金) 大阪 9月6日(金)	会員 26,000円	非会員 32,000円
労働安全研修会	東京 8月3日(土) 大阪 9月7日(土)	会員 12,000円	非会員 21,000円
労働衛生研修会	東京 8月4日(日) 大阪 9月8日(日)	会員 12,000円	非会員 21,000円
安全・衛生両研修会参加	東京(8月3・4日) 大阪(9月7・8日)	会員 20,000円	非会員 32,000円
送金合計額	円	送金予定日	
		月	日 頃
住 所	〒		
(ふりがな) 氏 名	非会員の方は○をつけてください。(非会員) ☆産業医認定番号をお持ちの方はご記入ください。		
	産業医認定番号		
電 話			
E-mail	受講票をメールでの受取りをご希望の方はメールアドレスをご記入ください。 @		

※ 領収証希望 あり なし

(宛名: _____)

※ 領収証を希望された方は、研修会当日お渡し致します。